

事 務 連 絡
令和6年12月24日

富山県医師会長 殿

富山県厚生部健康対策室健康課長

特定医療費（指定難病）支給認定申請に係る手続きの変更について

平素より本県の難病対策の推進につきまして、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

標記の件につきまして、下記のとおり、申請に係る手続きを一部変更しておりますので、お知らせいたします。

つきましては、県医師会及び郡市医師会所属の難病指定医や協力難病指定医への周知にご配慮賜りますとともに、本事業の円滑な運営にご協力いただきますようお願いいたします。

記

1 特定医療費（指定難病）償還払いの申請書類の変更について（令和7年1月1日から）

特定医療費（指定難病）の受給者が、申請から受給者証がお手元に届く前までに、受給者証を提示せずに医療機関の窓口で支払った医療費については、県へ償還払いの申請ができることとしておりますが、この償還払いの手続きについて、以下2点、変更を行いました。

- ① 申請者のご負担を考慮し、申請時の「領収書」の提出を不要としました。
- ② 「償還払い申請書（様式第8号）」（申請者本人が記入するもの）、「療養記録（様式第9号）」（医療機関に記入いただくもの）の様式を改正しました。

各医療機関の皆様におかれましては、今後、指定難病の受給者から償還払いの申請のため「療養記録（様式第9号）」の記載を依頼された場合は、別添の新たな様式で作成いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

○富山県ホームページ（新様式は12月27日以降、こちらにも掲載します）

トップページ > くらし・健康・教育 > 健康・医療・福祉 > 医療 > 難病対策 > 難病及び小児慢性特定疾病の医療費助成制度について > 1. 難病患者支援 > (1) 患者の方へ > 5) 特定医療費（指定難病）の償還払い申請について

<https://www.pref.toyama.jp/120501/kurashi/kenkou/iryou/nanbyou/shien/kanja/kj00014876-007-01.html>

2 特定医療費（指定難病）の申請時の「医療保険の資格情報が確認できる書類」について（令和6年11月28日から）

令和6年12月2日以降、現行の健康保険証が新たに発行されなくなったことに伴い、これまで、申請時に「健康保険証の写し」を提出書類としていたところ、「医療保険の資格情報が確認できる書類」として、「健康保険証の写し」のほか、「資格確認書の写し」、「マイナポータルの資格情報の画面の写し」、「『資格情報のお知らせ』等の保険者から交付された資格情報の記載がある書類の写し」のいずれかを提出いただくこととしていますので、お知らせします。

○富山県ホームページ

トップページ > くらし・健康・教育 > 健康・医療・福祉 > 医療 > 難病対策 > 難病及び小児慢性特定疾病の医療費助成制度について > 1. 難病患者支援 > (1) 患者の方へ > 1) 新規に申請される方へ

<https://www.pref.toyama.jp/120501/kurashi/kenkou/iryou/nanbyou/shien/kanja/kj00014876-005-01.html>

【事務担当】

疾病・難病担当 武田、山手

TEL 076-444-4513

特定医療費(指定難病)療養記録

償還払い用

受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	受給者氏名	立山 太郎		
疾病名	○○○○○○○○○							受給者番号、疾病名、有効期間は受給者証をご確認ください。			
受給者証有効期間	○○年 ○○月 ○○日 から ○○年 ○○月 ○○日まで										
健康保険種別	協会・組合・共済・国保(一般)・後期高齢・ 国保組合・船員・介護・その他()								保険の 自己負担割合	3 割	
診療年月 ※薬局の場合は調剤年月	区分	1ヶ月の 受診日数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ 特定医療(指定難病)に係る日数		1ヶ月の 総保険点数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ 特定医療(指定難病)に係る保険点数		1ヶ月の 窓口での患者負担額 ※領収済みの金額 (保険診療分のみ)			
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	20日	15日		30,000点	25,000点		90,000円			
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	3日	2日		1,500点	1,000点		4,500円			
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	2日	2日		1,200点	1,200点		3,600円			
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日		点	点		円			

上記のとおり相違ありません。また、上記については公費併用レセプト等による請求を行っておらず、他の公的医療給付との重複等がないことについても、確認済みです。

○○年 ○○月 ○○日

医療機関等 所在地 〒○○○○-○○○○

名 称 ○○○○

代表者名 ○○ ○○

医療機関コード ○○○○○○○○○○

(記入者)

氏 名 ○○ ○○

所 属 ○○○○○○

連絡先 ○○○-○○○-○○○○

※必ず裏面の「医療機関の方へ」の内容を確認のうえ、記入をお願いします。

医療機関の方へ

この特定医療費（指定難病）療養記録は、特定医療費（指定難病）の受給者が、受給者証を提示せずに医療機関の窓口で支払った医療費について、県へ償還払い申請をするため、医療機関からの証明をお願いするものです。以下の事項を確認のうえ、記入をお願いします。

- 償還払いの対象は、指定医療機関で提供された、認定になった疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する、保険適用の医療費です。
 - 指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。
 - 保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票の作成に係る文書料は対象となりません。
- 医療機関で既に特定医療費（指定難病）（法別番号54）の公費を適用した受診分 ※については、特定医療費（指定難病）療養記録には記入しないでください。（償還払いを行った場合、助成が重複するため）
※「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」に記入してください。
- 医療機関（病院、診療所、調剤薬局及び訪問看護ステーション）毎に特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。
- 証明が4か月を超える場合は、必要枚数をコピーしてください。
- 健康保険種別は必ず記入してください。（異なる健康保険種別での診療がある場合は保険の種別ごとに特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。）
- 同一月に入院と外来がある場合は、行を分けて記入してください。
- 同一月に歯科診療及び歯科診療以外の診療がある場合は、行を分けて記入してください。
- 介護保険請求の場合は、保険診療点数の「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。

例)

受給者証有効期間	〇〇年 10月 21日 から 〇年 9月 30日まで						補足資料
健康保険種別	協会・組合・共済・国保（一般）・後期高齢・国保組合・船員・介護・その他（ ）					保険の自己負担割合	3割
診療年月 ※薬局の場合は調剤年月	区分	1ヶ月の受診日数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ特定医療（指定難病）に係る日数	1ヶ月の総保険点数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ特定医療（指定難病）に係る保険点数	1ヶ月の窓口での患者負担額 ※領収済みの金額（保険診療分のみ）	
〇年10月	入院 外来 調剤 訪問看護	20日	0日	30,000点	0点	90,000円	

【補足】

以下のような場合は、償還払いの対象となりません。

- 受給者証の有効期間内でない場合。
例）10/1～10/20まで20日間入院していたが、受給者証の有効期間が10/21～の場合
 - 難病指定医療機関における保険適用の診療等でない場合。
 - 負担した額が、認定された疾病に係る診療分でない場合。
 - 1か月の窓口での患者負担額※（高額療養費に該当する場合は、さらに高額療養費の支給対象額を差し引いた額）が、受給者証の自己負担上限額を超えない場合。
- ※療養記録が複数の医療機関分ある場合は、同月分を合算します。

⇒このことにより、内容を審査した結果、償還払い額が0円となることがあります。（0円となった場合は、申請者へ書面で通知します）

特定医療費(指定難病)療養記録 償還払い用

受給者番号								受給者氏名	
疾病名									
受給者証有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで								
健康保険種別	協会・組合・共済・国保(一般)・後期高齢・ 国保組合・船員・介護・その他()							保険の 自己負担割合	割
診療年月 ※薬局の場合は調剤年月	区分	1ヶ月の 受診日数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ 特定医療(指定難病)に係る日数		1ヶ月の 総保険点数	左記のうち受給者証の有効期間内で、かつ 特定医療(指定難病)に係る保険点数		1ヶ月の 窓口での患者負担額 ※領収済みの金額 (保険診療分のみ)	
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日		点	点		円	
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日		点	点		円	
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日		点	点		円	
年 月	入院 外来 調剤 訪問看護	日	日		点	点		円	
上記のとおり相違ありません。また、上記については公費併用レセプト等による請求を行っておらず、他の 公的医療給付との重複等がないことについても、確認済みです。									
年 月 日									
医療機関等 所在地 〒									
名 称									
代表者名									
医療機関コード									
(記入者) (氏 名 _____)									
(所 属 _____)									
(連絡先 _____)									

※必ず裏面の「医療機関の方へ」の内容を確認のうえ、記入をお願いします。

医療機関の方へ

この特定医療費（指定難病）療養記録は、特定医療費（指定難病）の受給者が、受給者証を提示せずに医療機関の窓口で支払った医療費について、県へ償還払い申請をするため、医療機関からの証明をお願いするものです。以下の事項を確認のうえ、記入をお願いします。

1. 償還払いの対象は、指定医療機関で提供された、認定になった疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する、保険適用の医療費です。
 - ・ 指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。
 - ・ 保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票の作成に係る文書料は対象となりません。
2. 医療機関で既に特定医療費（指定難病）（法別番号54）の公費を適用した受診分 ※については、特定医療費（指定難病）療養記録には記入しないでください。（償還払いを行った場合、助成が重複するため）
※「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」に記入してください。
3. 医療機関（病院、診療所、調剤薬局及び訪問看護ステーション）毎に特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。
4. 証明が4か月を超える場合は、必要枚数をコピーしてください。
5. 健康保険種別は必ず記入してください。（異なる健康保険種別での診療がある場合は保険の種別ごとに特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。）
6. 同一月に入院と外来がある場合は、行を分けて記入してください。
7. 同一月に歯科診療及び歯科診療以外の診療がある場合は、行を分けて記入してください。
8. 介護保険請求の場合は、保険診療点数の「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。